eduhealthsci: 10.22034/edus.2026.592784.1129

New Approaches in
Educational Management and Health Sciences

Journal Homepage: https://www.eduhealthsci.ir/

Effectiveness of Existential Group Therapy on Treatment Adherence and Self-Compassion in Women with Breast Cancer Experiencing Chronic Pain

Parisa Shahrokhifard [1], Fatemeh Alijani [2]✉, Vahideh Babakhani [3], Asghar Jafari [4]

1. Department of Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
E-mail: 0920360521@iau.ir
*2. **Corresponding Author,** Department of Counseling, Ab.C., Islamic Azad University, Abhar, Iran.*
E-mail: Fa.alijani@iau.ac.ir
3. Department of Counseling, Ab.C., Islamic Azad University, Abhar, Iran.
E-mail: Vahide_babaxan@iau.ac.ir
4. Department of Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran.
E-mail: a.jafari@kashanu.ac.ir

Article Info

Article type:
Research

Article history:
Received:
12 Apr 2026
Received in revised form:
23 Jun 2026
Accepted:
20 Aug 2026
Published online:
23 Sep 2026

Keywords:
Breast Cancer,
Chronic Pain,
Existential Therapy,
Self-Compassion,
Treatment Adherence.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain resulting from breast cancer treatment is one of the common and debilitating side effects that can significantly influence treatment adherence and patients' quality of life. The present study aimed to investigate the effectiveness of existential therapy on treatment adherence and self-compassion in women with breast cancer experiencing chronic pain.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and a three-month follow-up. The statistical sample consisted of 30 women with breast cancer and chronic pain, who were purposefully selected and randomly assigned to two groups of 15 participants each (existential therapy and control). The experimental group received eight 90-minute sessions of existential group therapy based on the May and Yalom protocol. Data collection instruments included the Chronic Pain Grading Scale (Von Korff et al., 1992), the Treatment Adherence Questionnaire (Seyed Fatemi et al., 2013), and the Self-Compassion Questionnaire (Manavipour et al., 2020). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc test in SPSS version 25.

Results: The results showed that existential therapy significantly increased the overall score of treatment adherence in the post-test compared to the pre-test ($p < 0.05$), and this increase remained stable at the three-month follow-up. Additionally, self-compassion scores in the experimental group significantly increased compared to the control group ($p < 0.05$), and this effect was maintained at follow-up.

Conclusion: Existential therapy is an effective and sustainable intervention for improving treatment adherence and enhancing self-compassion in women with breast cancer experiencing chronic pain. Given the mechanisms of this approach, including confrontation with fundamental anxieties of death, loneliness, and meaninglessness, and creating meaning in suffering, the use of this intervention alongside medical treatments is recommended to improve treatment adherence and quality of life in these patients.

Cite this article: Shahrokhifard P, Alijani F, Babakhani V, Jafari A, Effectiveness of Existential Group Therapy on Treatment Adherence and Self-Compassion in Women with Breast Cancer Experiencing Chronic Pain. Journal of Modern Approaches in Education Management and Health Sciences. 2026; 03 (03): 61-76. Doi: 10.22034/edus.2026.592784.1129

Journal of Modern Approaches in Education Management and Health Sciences is licensed under CC BY-NC 4.0.
© The Author(s).
| Web site: https://www.eduhealthsci.ir | Email: eduhealthsci@gmail.com.
| Publisher: Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Mazandaran Branch, Mazandaran, Iran.

eduhealthsci: 10.22034/edus.2026.592784.1129

New Approaches in
Educational Management and Health Sciences

Journal Homepage: https://www.eduhealthsci.ir/

Extended Abstract

Introduction

Breast cancer is one of the most prevalent malignancies among women worldwide and is frequently associated with a wide range of physical, psychological, and social challenges. Although advances in early detection and medical treatments have considerably improved survival rates, many women continue to experience persistent physical and psychological complications following diagnosis and treatment. Among these complications, chronic pain is particularly significant because it can negatively affect patients' daily functioning, emotional well-being, interpersonal relationships, and overall quality of life. Chronic pain associated with breast cancer and its treatments may result from surgical procedures, chemotherapy, radiotherapy, hormonal therapy, and other treatment-related complications. Beyond its physical manifestations, persistent pain can contribute to psychological distress, anxiety, depressive symptoms, feelings of helplessness, and difficulties in adapting to the demands of long-term illness. One of the major challenges faced by women with breast cancer and chronic pain is maintaining adherence to prescribed medical treatments and self-care recommendations. Treatment adherence is influenced not only by the physical burden of the disease but also by patients' psychological resources, beliefs, emotional experiences, and ability to cope with illness-related difficulties. In this context, self-compassion, which refers to treating oneself with kindness, understanding, and acceptance during periods of suffering and personal difficulty, may play an important role in promoting psychological adjustment. Individuals with higher levels of self-compassion are generally better able to acknowledge painful experiences without excessive self-criticism, recognize suffering as part of the shared human experience, and maintain a balanced perspective toward negative emotions. These characteristics may be particularly relevant for women coping with cancer-related chronic pain. Existential therapy offers a potentially valuable psychological approach for addressing the complex emotional and existential concerns associated with chronic illness. Grounded in existential philosophy and the theoretical contributions of prominent existential psychotherapists, including Rollo May and Irvin Yalom, this approach emphasizes fundamental human concerns such as death, freedom, responsibility, isolation, and meaninglessness. Through therapeutic exploration of these existential themes, individuals are encouraged to confront the realities of their condition, reconsider personal values, discover meaning in suffering, and develop a greater sense of responsibility and authenticity in their lives. Group-based existential therapy may additionally provide opportunities for interpersonal connection, mutual understanding, emotional expression, and the recognition of shared human experiences, thereby reducing feelings of isolation and facilitating psychological growth. Despite the potential relevance of existential therapy for individuals living with serious illnesses, further investigation is needed to determine its effectiveness in improving treatment adherence and self-compassion among women experiencing breast cancer-related chronic pain. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of group existential therapy in improving treatment adherence and self-compassion in women with breast cancer who experience chronic pain. Specifically, the study examined changes in these variables from pretest to posttest and assessed whether the therapeutic effects were maintained at a three-month follow-up.

Methods

This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and a three-month follow-up. The statistical sample consisted of 30 women with breast cancer and chronic pain, who were purposefully selected and randomly assigned to two groups of 15 participants each (existential therapy and control). The experimental group received eight 90-minute sessions of existential group therapy based on the May and Yalom protocol. Data collection instruments included the Chronic Pain Grading Scale (Von Korff et al., 1992), the Treatment Adherence Questionnaire (Seyed Fatemi et al., 2013), and the Self-Compassion Questionnaire (Manavipour et al., 2020). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc test in SPSS version 25.

Results

The results showed that existential therapy significantly increased the overall score of treatment adherence in the post-test compared to the pre-test ($p < 0.05$), and this increase remained stable at the three-month follow-up. Additionally, self-compassion scores in the experimental group significantly increased compared to the control group ($p < 0.05$), and this effect was maintained at follow-up.

Conclusion

The findings of the present study indicate that group existential therapy is an effective psychological intervention for improving treatment adherence and self-compassion among women with breast cancer who experience chronic pain. The results demonstrated significant improvements in overall treatment adherence scores in the experimental group following the intervention compared with the pre-intervention assessment. Furthermore, these improvements were maintained at

the three-month follow-up, suggesting that the positive effects of existential group therapy were relatively stable over time. Similarly, participants who received existential therapy demonstrated significantly higher levels of self-compassion than those in the control group, and these improvements were also sustained during the follow-up period. Taken together, these findings highlight the potential value of existentially oriented psychological interventions in addressing some of the psychological challenges associated with chronic pain and long-term cancer treatment. The beneficial effects of existential therapy on treatment adherence may be understood in terms of its emphasis on personal responsibility, awareness, meaning-making, and active engagement with life despite the presence of suffering. Women living with breast cancer may experience uncertainty about the future, fear of disease progression, concerns about mortality, and difficulties accepting changes in their physical appearance and personal identity. Such experiences can undermine motivation, emotional stability, and adherence to demanding medical treatment regimens. By providing a supportive therapeutic environment in which participants can explore these concerns, existential therapy may help them develop a more coherent understanding of their experiences and recognize their capacity to make meaningful choices. Greater awareness of personal values and responsibilities may, in turn, strengthen motivation to participate actively in medical treatment and self-care practices. The observed improvement in self-compassion may also be explained by the existential emphasis on accepting human vulnerability, acknowledging suffering, and recognizing the universal nature of difficult life experiences. Through group discussions, emotional sharing, and reflection on fundamental existential concerns, participants may have developed greater acceptance of their physical and psychological limitations and learned to respond to their suffering with less self-criticism and greater understanding. Moreover, interpersonal interactions within the group may have fostered a sense of belonging and reduced feelings of isolation, allowing participants to recognize that their emotional struggles are not unique or uncommon. From a clinical perspective, the findings suggest that group existential therapy may serve as a useful complementary psychological intervention alongside conventional medical treatment for women with breast cancer and chronic pain. Integrating this approach into psycho-oncology and supportive care services may contribute to improved psychological adjustment, stronger engagement in treatment, and enhanced emotional well-being. Nevertheless, the findings should be interpreted in light of certain limitations, including the relatively small sample size, the use of purposive sampling, and the restriction of follow-up assessment to three months. Future studies involving larger and more diverse samples, longer follow-up periods, and comparisons with other psychological interventions are recommended. Overall, group existential therapy appears to be a promising approach for supporting treatment adherence and strengthening self-compassion in women coping with breast cancer-related chronic pain.

Ethical Considerations

The present study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Central Tehran Branch, under ethics approval code IR.IAU.CTB.REC.1404.213. All stages of the research were conducted in accordance with ethical principles, including scientific honesty and integrity, obtaining informed consent from participants, ensuring the anonymity of the questionnaires and the confidentiality of participants' identities, respecting participants' right to withdraw from the study at any stage, and maintaining the confidentiality of their information.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency.

Authors' contribution

Conceptualization, Fatemeh Alijani; Methodology, Parisa Shahrokhifard; Analysis, Fatemeh Alijani; Investigation, Vahideh Babakhani; Data Curation, Fatemeh Alijani; Writing - Original Draft Preparation, Fatemeh Alijani; Supervision, Asghar Jafari; Project Administration, Fatemeh Alijani.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest regarding this article.

Acknowledgments

The authors extend their sincere gratitude to all participants and collaborators for their involvement in every stage of this study

eduhealthsci: 10.22034/edus.2026.592784.1129

نشریه رویکردهای نوین در

مدیریت آموزش و علوم سلامت

لینک مجله :https://www.eduhealthsci.ir/

اثر بخشی گروه درمانی وجودی در پیروی از درمان و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن

پریسا شاهرخی‌فرد [۱] ، فاطمه علیجانی [۲]✉ ، وحیده باباخانی [۳] ، اصغر جعفری [۴]

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: 0920360521@iau.ir

۲. ***نویسنده مسئول،*** گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران. رایانامه: Fa.alijani@iau.ac.ir

۳. گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران. رایانامه: Vahide_babaxan@iau.ac.ir

۴. گروه روانشناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. رایانامه: a.jafari@kashanu.ac.ir

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:
۱۴۰۵/ ۰۱/ ۲۳

تاریخ بازنگری:
۱۴۰۵/ ۰۴/ ۰۲

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۵/ ۰۵/ ۲۹

تاریخ انتشار:
۱۴۰۵/ ۰۷/ ۰۱

کلیدواژه‌ها:
پیروی از درمان، درمان وجودی، درد مزمن، سرطان پستان، همدلی خود.

چکیده

مقدمه: درد مزمن ناشی از درمان سرطان پستان یکی از عوارض شایع و ناتوان‌کننده است که می‌تواند پیروی از درمان و کیفیت زندگی بیماران را به طور قابل‌توجهی تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان وجودی بر پیروی از درمان و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن انجام شد.

روش پژوهش: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. نمونه آماری شامل ۳۰ زن مبتلا به سرطان پستان با درد مزمن بود که به روش هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (درمان وجودی و کنترل) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی وجودی بر اساس دستورالعمل می و یالوم دریافت کرد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه میزان درد مزمن (ون کورف و همکاران، ۱۹۹۲)، پرسشنامه پیروی از درمان (سید فاطمی و همکاران، ۱۳۹۲) و پرسشنامه همدلی خود (معنوی پور و همکاران، ۱۳۹۹) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان وجودی به طور معناداری نمره کلی پیروی از درمان پ را در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داد ($p<۰/۰۵$) و این افزایش تا مرحله پیگیری سه‌ماهه پایدار ملند. همچنین، نمرات همدلی خود در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافت ($p<۰/۰۵$) و این اثر در پیگیری نیز حفظ شد.

نتیجه‌گیری: درمان وجودی مداخله‌ای مؤثر و پایدار در بهبود پیروی از درمان و افزایش همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن است. با توجه به مکانیسم‌های این رویکرد، از جمله مواجهه با اضطراب‌های بنیادین مرگ، تنهایی و بی‌معنایی و ایجاد معنا در رنج، استفاده از این مداخله در کنار درمان‌های پزشکی برای بهبود پایبندی به درمان و کیفیت زندگی این بیماران توصیه می‌شود.

استناد: شاهرخی‌فرد، پریسا؛ علیجانی، فاطمه؛ باباخانی، وحیده؛ جعفری، اصغر. اثر بخشی گروه درمانی وجودی در پیروی از درمان و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن. نشریه رویکردهای نوین در مدیریت آموزش و علوم سلامت. ۱۴۰۵؛ ۰۳ (۰۳): ۶۱-۷۶. Doi: 10.22034/edus.2026.592784.1129

دسترسی به این نشریه علمی، رایگان است و حق مالکیت فکری خود را بر اساس لایسنس کریتیو کامنز (CC BY-NC 4.0) به نویسندگان واگذار کرده است.

© نویسندگان.

آدرس نشریه: https://www.eduhealthsci.ir | ایمیل: eduhealthsci@gmail.com

ناشر: جهاد دانشگاهی واحد استان مازندران.

مقدمه

سرطان (Cancer) یکی از غده‌های خطرناکی است که زنان را درگیر می‌کند (۱). سرطان پستان (Breast Cancer) از هر سرطان دیگری در میان زنان دارای شیوع بیشتری است و سلامتی آن‌ها را با خطری خطیر مواجه می‌کند و بیماران را با پیامدهای روانشناختی چشمگیری درگیر می‌سازد (۲). در ابتدا هنگامی که فرد با تشخیص سرطان روبرو می‌شود دچار شوک و فشار روانی می‌شود و در ادامه نگرانی‌ها و دلهره‌های مختلفی وارد میدان می‌شوند. دلمشغولی‌هایی در مورد وخیم شدن بیماری، ترس از درد، تاثیراتی که بیماری بر بدن او خواهد گذاشت و روابط او را با چالش مواجه خواهد کرد و نگرانی در مورد درمان و پیامدهایی که درمان برای او به می‌آورد (۳).

انواع مختلفی از درد در نتیجه درمان سرطان سینه گزارش شده است که یکی از آنها درد مزمن (Chronic Pain) است (۴). درد مزمن ناشی از درمان سرطان پستان یکی از عوارض شایع و ناتوان‌کننده است که می‌تواند سال‌ها پس از اتمام درمان ادامه یابد (۵). مطالعات نشان داده‌اند که شیوع درد مداوم پس از درمان سرطان پستان حدود ۳۷/۹ درصد است. درد مزمن درمان‌نشده نه تنها کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). بلکه با کاهش پایبندی به درمان‌های کمکی و افزایش خطر عدم تکمیل درمان همراه است. درد مزمن ناشی از درمان‌های سرطان پستان، نه تنها کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند به طور قابل توجهی بر پیروی از درمان نیز اثرگذار باشد. درد مداوم، بیماران را با چالش‌هایی مانند خستگی، اضطراب و اختلال در فعالیت‌های روزمره روبرو می‌کند که اغلب منجر به کاهش انگیزه برای ادامه رژیم‌های درمانی پیچیده می‌شود (۷). مطالعات نشان داده‌اند که درد مزمن درمان‌نشده یا به‌خوبی مدیریت‌نشده، با کاهش پایبندی به درمان‌های کمکی (مانند هورمون‌درمانی) و افزایش خطر عدم تکمیل درمان همراه است (۸). بنابراین، با توجه به شیوع بالای انواع درد پس از جراحی، شیمی‌درمانی و درمان‌های هورمونی، تقویت پیروی از درمان (Treatment Adherence) به عنوان یک عامل کلیدی در مدیریت بهینه بیماری و بهبود پیامدهای بلندمدت ضروری به نظر می‌رسد.

پیروی از درمان به میزان همخوانی رفتار بیمار با توصیه‌های توافق‌شده ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اشاره دارد (۹). این مفهوم فراتر از مصرف ساده دارو، شامل ادامه درمان، پیگیری ویزیت‌ها و تغییرات رفتاری است. عدم پیروی از درمان (Non-Adherence) مشکلی شایع است که منجر به افزایش عوارض بیماری، بستری‌های مکرر، هزینه‌های بالاتر و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۰). عوامل مؤثر بر آن شامل پنج بعد اصلی هستند: عوامل مرتبط با بیمار (مانند باورها، افسردگی و فراموشی)، درمان (پیچیدگی رژیم دارویی)، بیماری (علائم مزمن)، اجتماعی-اقتصادی (هزینه و حمایت) و سیستم بهداشتی (ارتباط پزشک-بیمار) (۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تقویت رابطه درمانی، آموزش بیمار و مداخلات ساده مانند یادآوری‌ها می‌تواند پیروی را بهبود بخشد. در نهایت، پیروی فعال و مشارکتی نه تنها نتایج بالینی را ارتقا می‌دهد، بلکه به توانمندسازی بیمار در مدیریت سلامت خود کمک می‌کند (۱۲).

یکی دیگر از مواردی که در بیماران مبتلا به سرطان پستان مشاهده می‌شود، نگرانی از تصویر بدنی و عواقب جراحی سرطان پستان می‌باشد (۱۳). که این مسئله می‌تواند بر همدلی خود (Self Empathy) این افراد تاثیرگذار باشد. برای رسیدن به مفهوم همدلی خود ابتدا باید به معنای همدلی پرداخت. منظور از همدلی، سائق و توانایی فهم حالات، هیجان‌ها و افکار دیگران و پاسخ‌دهی به آن‌ها با هیجان‌های متناسب و همخوان یا به عبارتی توانایی سهیم شدن در احساس‌های دیگران و گرایش به تجربه نیابتی‌حالات‌هیجانی‌آن‌هاست (۱۴). همدلی خود به معنای داشتن وفاق و یکدلی با خود است. همدلی خود یعنی اتحاد میان تمامی عناصر درون روانی که شامل احساس، شناخت و رفتار است. فرد دارای همدلی خود از انسجام و یکپارچگی درونی برخوردار است و به آنچه در دنیای درونی‌اش می‌گذرد واقف و پذیراست (۱۵)؛ براساس این تعاریف و برخلاف تصور رایج از این

مفهوم، همدلی به عنوان دوست داشتن خود نیست، بلکه در معنای اتحاد و وفاق با خود است. با توجه به این تعریف مفهوم همدلی خود مفهوم جدیدی است (۱۶).

درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای بهبود وضعیت روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان به کار رفته است. مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که رویکردهای گوناگونی از جمله درمان شناختی-رفتاری، واقعیت‌درمانی، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۷) در این زمینه مورد استفاده قرار گرفته‌اند. با این حال، در کنار درمان‌های دارویی و روان‌پزشکی، امروزه مداخلات غیردارویی مؤثر دیگری نیز برای بهینه‌سازی سلامت و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد توجه قرار گرفته‌اند. در این میان، درمان وجودی (Existential Therapy) به دلایل نظری و تجربی قانع‌کننده‌ای برای بهبود پیروی از درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان انتخاب شده‌اند (۱۸).

گروه‌درمانی وجودی یکی از رویکردهای مؤثر در بهبود کیفیت زندگی افراد است که با تمرکز بر مسائل بنیادین وجودی انسان، فضایی مناسب برای کاوش عمیق فراهم می‌کند. این رویکرد با طرح پرسش‌هایی اساسی درباره مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی، به جای تمرکز بر حذف علائم یا حل مستقیم مشکلات، بر رابطه اصیل درمانگر-مراجع، مواجهه صادقانه و پذیرش مسئولیت فردی تأکید دارد. درمانگر در این روش عمدتاً از چالش منطقی و عقلانی بهره می‌گیرد تا سطح خودآگاهی و درک مراجعان را از ماهیت وجودی زندگی افزایش دهد (۱۹). گروه‌درمانی وجودی بر چهار نگرانی نهایی وجود انسان یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی متمرکز است و هدف اصلی آن کمک به «حضور واقعی در هستی» است؛ به‌گونه‌ای که اعضا بتوانند با زندگی و پدیده‌های آن ارتباطی صادقانه برقرار کنند. این رویکرد به جای توجه به مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضای گروه با یکدیگر و کشف خود واقعی تأکید دارد. اعضای گروه با به اشتراک گذاشتن تجربیات وجودی خود، به صداقت با خویشتن، نگاه عمیق‌تر به خود و جهان، و شناسایی معانی شخصی برای زندگی حال و آینده دست می‌یابند (۲۰). درمان وجودی افراد را به پذیرش آزادی و مسئولیت تشویق کرده و به آن‌ها کمک می‌کند تا از فرصت‌های زندگی حداکثر بهره را ببرند و معنای شخصی خویش را بیابند (۲۱).

پژوهش‌هایی به بررسی اثربخشی رویکردهای وجودی بر مسائل روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته‌اند. در یک مطالعه جلال‌پور و صفرزاده (۱۴۰۳) اثر بخشی درمان شناختی-هستی‌نگر بر کاهش درد روانی و خستگی ناشی از سرطان در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بود (۱۵). الای-پاچول (Aiello-Puchol) و همکاران (۲۰۲۵) در یک مرور نظامند، مشخص شد که معنادرمانی (به عنوان شاخه‌ای از درمان وجودی) علائم افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه را در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان کاهش می‌دهد و معنای زندگی، کیفیت زندگی و رشد پس از سانحه را در آن‌ها بهبود می‌بخشد (۱۶). فردی (Fardi) و همکاران (۲۰۲۳) در یک مرور حیطه‌ای، اثربخشی معنویت‌درمانی را در اکثر مطالعات فارسی تأیید کردند، هرچند مقایسه آن با سایر مداخلات نتایج متفاوتی نشان داد (۱۷). سلیمانی و همکاران (۱۴۰۱) تفاوت معناداری بین هیپنوتراپی شناختی و معنادرمانی در کاهش اضطراب مرگ نیافتند (۱۸). با وجود پژوهش‌های انجام‌شده درباره اثربخشی درمان وجودی بر متغیرهای روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، شکاف پژوهشی قابل‌توجهی در ادبیات این حوزه مشاهده می‌شود. تا کنون مطالعه‌ای به بررسی هم‌زمان اثربخشی درمان وجودی بر «پیروی از درمان» و «همدلی خود» در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن نپرداخته است. این خلأ تحقیقاتی به ویژه با توجه به شیوع بالای درد مزمن (حدود ۳۷/۹ درصد) و کاهش پیروی از درمان در این بیماران و نیز نقش کلیدی همدلی خود در سازگاری روان‌شناختی با بیماری مزمن، ضرورت انجام پژوهش حاضر را آشکار می‌سازد. همدلی خود به عنوان توانایی برخورد مهربانانه و غیرقضاوتی با خود در مواجهه با رنج، می‌تواند به عنوان یک مکانیسم بالقوه برای افزایش انگیزه درونی و پایبندی به درمان عمل کند. درمان

وجودی با تمرکز بر چهار دغدغه بنیادین یالوم (مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی) و تأکید بر خلق معنا و پذیرش مسئولیت، می‌تواند به بیماران کمک کند تا با اضطراب‌های وجودی خود مواجه شوند و معنایی عمیق برای رنج خود بیابند. این فرایندها می‌توانند «اصرار به درمان» و «تلفیق درمان با زندگی» را تقویت کنند و از این طریق پیروی از درمان را بهبود بخشند. همچنین، مواجهه شجاعانه با تنهایی و مرگ در بستر گروه درمانی وجودی، می‌تواند به افزایش همدلی خود از طریق پذیرش و یکپارچگی درونی منجر شود. از آنجا که درمان وجودی با هدف افزایش خودآگاهی، پذیرش مسئولیت و خلق معنا طراحی شده است، بررسی تأثیر این رویکرد بر دو متغیر مذکور می‌تواند به تدوین پروتکل‌های مداخله‌ای مؤثرتر برای بهبود کیفیت زندگی و پیامدهای درمانی این بیماران کمک کند. از این رو، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان وجودی بر پیروی از درمان و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن اثربخش است؟

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش انجام، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری یک ماهه بود. این پژوهش دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.CTB.REC.1404.213 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن که در سال ۱۴۰۴ جهت درمان به مراجعه کننده به بیمارستان امید شهر مشهد مراجعه کردند، تشکیل داد. نمونه آماری ۳۰ زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن بود که به روش هدفمند با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج انتخاب و به روش تصادفی در گروه درمانی وجودی (۱۵ نفر)، و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شد. حجم نمونه بر اساس فرمول‌های تعیین اندازه نمونه در مطالعات تجربی (۲۲)، با فرض توان آماری ۰/۸۰، سطح معناداری ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸۰، نشان داد که حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه (در مجموع ۳۰ بیمار برای دو گروه مورد مطالعه)، برای تشخیص تفاوت‌های معنادار کافی است. این حجم نمونه با معیارهای پیشنهادی برای کارآزمایی‌های بالینی کوچک تا متوسط همخوانی دارد (۲۳).

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به سرطان پستان توسط پزشک متخصص، داشتن درد مزمن پس از ۶ ماه ابتلا به سرطان پستان با تأیید پزشک و معاینات و آزمایش‌های تخصصی، کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه درد مزمن (۲۴)، دریافت نکردن همزمان هیچ‌گونه آموزش یا درمان روان‌شناختی در طول انجام پژوهش، و مصرف نکردن داروهای پزشکی و روان‌پزشکی برای کنترل درد مزمن در ۲ ماه قبل از درمان و در حین اجرای درمان، همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل نداشتن تمایل به همکاری شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش، غیبت بیش از دو هفته در جلسات درمان، انجام ندادن تمرینات و داشتن تأخیر مستمر بیش از ۳۰ دقیقه در طول سه جلسه، نقص در تکمیل پرسشنامه پژوهش، وقوع حوادث غیرمترقبه در زندگی افراد که ادامه همکاری آنها را در جلسات درمان مختل نماید، و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر بود. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه میزان درد مزمن: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط ون‌کورف و همکاران برای اندازه گیری شدت درد مزمن ساخته شد. در این پرسشنامه سه محور ارزیابی می گردد. شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد. پاسخ دهنده هریک از هفت عبارت پرسشی آزمون را روی یک مقیاس یازده نقطه ای ۱۰-۰ درجه بندی می کند. نمره ی فرد در آزمون در سه زیر مقیاس شدت درد، نمره ناتوانی و درجات یا سطوح ناتوانی محاسبه می شود. روایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده و پایایی آن طبق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ ذکرشده است(۲۱).

پرسشنامه پیروی از درمان: این پرسشنامه توسط سید فاطمی و همکاران (۱۳۹۷) ساخته شد (۱۵) و شامل ۴۰ سوال و ۷ حیطه می باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه طراحی شده با ۱۲۷ گویه آغاز شد. با اجرای روایی صوری و محتوایی گویه‌های پرسش‌نامه اصلاح و به ۴۸ گویه تقلیل پیدا کرد. نتیجه تحلیل عاملی اکتشافی ۷ عامل اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان را با ۴۰ گویه مشخص نمود. این ۷ عامل در مجموع ۴۸/۵۱۴٪ از واریانس کل پرسش‌نامه را تبیین می‌کردند. پایایی آزمون با روش آزمون مجدد و از طریق همسانی درونی و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ تایید شد.

پرسشنامه همدلی خود: این پرسشنامه توسط معنوی پور و همکاران ۱۳۹۹ (۱۸) بر مبنای رویکرد روان پویشی دوانلو و مالان در سال ۱۳۹۹ با ۱۶ گویه ۵ عامل توجه به بدن، درک احساس، درون نگری، اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی را اندازه گیری می‌کند. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. این مقیاس با ضریب پایایی و روایی سازه و محتوایی برای غربالگری افراد در میزان همدلی خود مناسب است.

پروتکل درمان وجودی: در این پژوهش از درمان وجودی براساس دستورالعمل می و یالوم در ۸ جلسه ۹۰دقیقه‌ای هفته‌ای ۱ جلسه به صورت گروهی استفاده شد که شرح جلسات آن در جدول شماره ۱ ارائه گردید.

جدول ۱- پروتکل درمان وجودی مورد استفاده در پژوهش حاضر

جلسه	شرح جلسه	هدف	تکنیک های به کار رفته
اول	معارفه جهت برقراری ارتباط اولیه آشنایی مقدماتی اعضا با یکدیگر اجرای پیش ازمون	معارفه و آشنایی با گروه و معرفی کلی فرایند گروه درمانی شناختی وجود گرا	----
دوم	آشنا کردن اعضاء با اهداف و فرایند گروه درمانی شناختی وجود گرا	آشنایی اعضا با روانشناسی وجودگرا، اشاره موضوعی به رویکرد فلسفی درمان وجودی و درون مایه های مورد تاکیدآن.	استفاده از فن من چه کسی هستم؟
سوم	تشریح مفهوم خودآگاهی توجه دادن اعضا به نقاط ضعف و قوت شان	افزایش خودآگاهی	به چالش کشیدن پاسخ اعضاء به سوال من چه کسی هستم؟
چهارم	آشناکردن اعضا با مفهوم اضطراب وجودی	آموزش مواجهۀ با ۴ دلواپسی مهم درروانشناسی وجودی: داشتن نگاه فلسفی درتمام سطوح زندگی؛ آنکه چرایی دارد با هر چگونگی کنار می آید.	ارائه پرسشنامه اضطراب وجودی (لارنس گود) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون
پنجم	در راستای مفهوم اضطراب های وجودی آشناشدن با اضطراب مرگ به عنوان یک مضمون وجودی و پذیرش آن بجای انکار و تحریف	پرداختن به مرگ وآگاهی از متناهی بودن آن، پذیرش مرگ و تغییر موضع نگاه	فن مواجهۀ تجسمی اعضا با مرگ
ششم	آشنایی با مفهوم اضطراب تنهایی به عنوان یک مضمون وجودی	بحث درباره تنهایی	بررسی پاسخ اعضا به ۳ سوال آیا من انسان تنهایی هستم؟ آیا تنهایی رنج آوراست؟ با این نوع تنهایی چه بایدکرد؟ ارائه پرسشنامه احساس تنهایی (پیلا و پرلمن) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون
هفتم	بررسی راهکارهای معنا بخشیدن به زندگی و کنارآمدن با پوچی	پرداختن به معنای زندگی و یافتن معنا در رنج	بررسی پاسخ اعضا به دو سوال؛ آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ و من برای چه زندگی میکنم؟
هشتم	تشریح هدف مندی و مسئولیت و آزادی در زندگی به چالش کشیدن باورهای غلط نظیرطالع نحس، تقدیر منفی، تاوان گناه اجرای پس آزمون	بحث دربارۀ آزادی تاکید: اگرچه در تولد خود آزاد نبوده ایم اما در قبال زندگی و اعمال خود مسئولیم ما آفرینندۀ زندگی خویش هستیم. تصحیح باورهای غلط	بررسی تجارب اعضا در موقعیتهای چالش برانگیز آزادی و دیدگاهشان نسبت به باورهای غلط

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از تصویب پروپوزال، کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحدتهران مرکز اخذ شد. سپس با ارائه معرفی نامه، پروپوزال به مسؤلان بیمارستان امید شهر مشهد، مجوزهای لازم برای انجام پژوهش در آن بیمارستان اخذ شد. سپس فراخوانی برای پژوهش به بیماران مراجعه کننده به آن مرکز داده شد و همچنین با چند متخصص آنکولوژیست جهت معرفی بیمار ارتباط برقرار شد. با توجه به ملاک‌ها ورود و خروج پژوهش، نهایتا نمونه ها نفر از لحاظ سن، طول دوره ابتلا، مراحل درمان، نمره درد مزمن، پیروی از درمان و نمره همدلی خود همتا شدند و از میان آن‌ها به روش تصادفی ۳۰ نفر در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر) به روش تصادفی جایگزین شد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر توسط پژوهشگر در بین شرکت کنندگان توزیع شد و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. سپس گروه آزمایش تحت ۸ جلسه گروه درمانی وجودی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس آزمون بعد از پایان یافتن درمان از دو گروه اخذ شد. سه ماه پس از پس آزمون، آزمون پیگیری از هر دو گروه گرفته شد.

برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، نمودار؛ میانگین، انحراف استاندارد استفاده شد. در بخش تحلیل‌های استنباطی، با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (Analysis Of Variance With Repeated Measures) و آزمون تعقیبی بنفرونی (Bonferroni post hoc test) مورد بررسی قرار گرفت. قبل از استفاده از تحلیل واریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و معنادار نبودن میانگین پیش‌آزمون گروه‌ها بررسی شدند. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نسخه ۲۵ نرم افزار SPSSانجام شد.

یافته‌ها

در گروه درمان وجودی و گروه کنترل به ترتیب ۳۶/۴ درصد و ۳۴/۴ درصد میزان تحصیلاتشان دیپلم، ۲۵ درصد و ۳۷/۵ درصد، میزان تحصیلاتشان کاردانی و ۳۸/۹ درصد و ۲۷/۸ درصد میزان تحصیلاتشان کارشناسی بود. نتایج آزمون خی دو مشخص کرد که بین اعضای دو گروه در میزان تحصیلات تفاوت وجود ندارد (x^2=۱/۰۵، p=۰/۹۱)، بدین معنی که گروه‌های در میزان تحصیلات همگن هستند. نتایج آزمون t گروه‌های مستقل نشان داد برای سن (p=۰/۹۲، t=۰/۰۸)، برای مدت ازدواج (p=۰/۸۵، t=۰/۱۵)، برای مدت ابتلا به بیماری (p=۰/۱۶، t=۱/۹۴)، و برای مدت درمان بیماری (p=۰/۰۶، t=۳/۱۰)، بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت وجود ندارد، به عبارت دیگر گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای سن، مدت ازدواج، مدت ابتلا به بیماری و مدت درمان بیماری همگن هستند.

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد دو گروه درمان وجودی و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای دو متغیر پیروی از درمان و همدلی خود گزارش شده است. برای متغیر پیروی از درمان، گروه درمان وجودی روند صعودی آشکاری از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد، در حالی که گروه کنترل تغییرات اندکی داشته و تقریباً ثابت مانده است. برای متغیر همدلی خود نیز الگوی مشابهی مشاهده می‌شود، بدین صورت که گروه درمان وجودی افزایش محسوسی در مراحل مختلف داشته، اما گروه کنترل نوسانات بسیار جزئی و ناچیزی را تجربه کرده است؛ این الگو نشان‌دهنده تأثیر مداخله بر گروه آزمایش در هر دو متغیر است. قبل از انجام تحلیل واریانس، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیروویلک (Shapiro-Wilk) نشان داد که برای متغیر پیروی از درمان در مرحله پیش‌آزمون (P=۰/۹۱، w=۰/۹۷)، مرحله پس‌آزمون (P=۰/۱۰، w=۰/۹۰)، مرحله پیگیری (P=۰/۷۴، w=۰/۹۶)، و برای متغیر

همدلی خود پیروی از درمان در مرحله پیش‌آزمون (P=۰/۰۶، w =۰/۸۸)، مرحله پس آزمون (P=۰/۶۶، w=۰/۹۶)، مرحله پیگیری (P=۰/۵۶، w =۰/۹۵)، داده‌ها از توزیع نرمال برخور دارند.

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد گروه‌های مورد مطالعه در متغیر پیروی از درمان و همدلی خود

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیروی از درمان	درمان وجودی	۱۳۲/۰۷	۷/۱۵	۱۴۷/۸۷	۸/۷۴	۱۴۶/۳۳	۵/۸۹
	کنترل	۱۳۰/۲	۷/۴۸	۱۳۰/۳۳	۷/۹۵	۱۲۹/۸۷	۸/۲۳
همدلی خود	درمان وجودی	۳۱/۵۳	۳/۲	۳۶/۲	۳/۴۷	۳۵/۶۷	۳/۶۴
	کنترل	۳۲/۷۳	۲/۱۵	۳۲/۹۳	۳/۲۲	۳۳/۱۳	۳/۷۶

نتایج جدول ۳ برای آزمون موخلی (Mauchly's Test of Sphericity) برای متغیرهای پیروری از درمان (P=۷۱۰، ۰/۹۸= W) و همدلی خود (P=۰/۰۶، W=۰/۸۰) رعایت شده است. بررسی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین (Levene Statistic) نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها برای متغیر پیروی از درمان و همدلی خود نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵).

جدول ۳- نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون کرویت موخلی برای بررسی برابری کواریانس متغیرها

متغیر	W موخلی	x^2	p	آزمون لون					
				پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
				Z	P	Z	P	Z	P
پیروی از درمان	۰/۹۸	۰/۶۹	۰/۷۱	۰/۲۰	۰/۸۱	۰/۹۳	۰/۴۰	۰/۸۳	۰/۴۴
همدلی خود	۰/۸۰	۵/۸۵	۰/۰۶	۲/۰۹	۰/۱۴	۰/۰۸۶	۰/۹۲	۰/۳۸	۰/۶۹

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای دو متغیر «پیروی از درمان» و «همدلی خود» نشان می‌دهد. برای متغیر پیروی از درمان، هر سه اثر زمان، تعامل گروه در زمان و اثر بین‌گروهی از لحاظ آماری معنادار هستند و اندازه‌های اثر بزرگی نشان‌دهنده تأثیر قوی مداخله و تفاوت آشکار بین گروه‌هاست. برای متغیر همدلی خود نیز اثر زمان و تعامل گروه در زمان معنادار می‌باشند، اما نکته مهم این است که در نتایج آن اثر بین‌گروهی برای همدلی خود نیز معنادار شده که حاکی از وجود تفاوت معنادار بین گروه‌های مطالعه‌شده در این متغیر است. به‌طور کلی، هر دو متغیر تحت تأثیر زمان و نوع گروه قرار گرفته‌اند، با این تفاوت که شدت تأثیرگذاری بر پیروی از درمان به‌مراتب بیشتر از همدلی خود بوده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه جفتی میانگین پیروری از درمان در گروه‌های آزمایش ارائه شده است.

جدول ٤- نتایج آزمون اثرهای بین گروهی و درون گروهی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا (η^2)
پیروی از درمان	زمان	۲۲۳۳/۸۸	۱۱۱۶/۹۴	۱۱۳/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
	گروه ×زمان	۱۲۴۵/۶۷	۳۱۱/۴۲	۳۱/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶
	اثر بین گروهی	۱۹۲۹/۷۸	۹۶۴/۸۹	۵۵/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
همدلی خود	زمان	۲۲۸/۹	۱۱۴/۴۵	۲۷/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴
	گروه ×زمان	۹۶/۰۷	۲۴/۰۲	۵/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲
	اثر بین گروهی	۱۹۲۹/۷۸	۹۶۴/۸۹	۵۵/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳

نتایج آزمون توکی در جدول ۵ نشان می‌دهدکه بین نمرات متغیرهای نمره پیروی از درمان و همدلی خود در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنادار است (P<۰/۰۵)، بدین معنی که نمرات اعضای گروه‌های درمان وجودی به طور معناداری در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مراحله پیش آزمون بیشتر از نمرات اعضای گروه کنترل در مراحل شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی توکی در متغیر پیروری از درمان و همدلی خود در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پس آزمون			پیگیری		
		تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
پیروی از درمان	درمان وجودی -کنترل	۱۵/۸۶	۱/۵۳	۰/۰۰۰۱	۱۴/۸۹	۱/۵۸	۰/۰۰۰۱
همدلی خود	درمان وجودی -کنترل	۳/۹۴	۱/۰۴	۰/۰۰۱	۳/۳۶	۱/۰۳	۰/۰۰۷

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان وجودی بر پیروی از درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن انجام شد. نتایج نشان داد که درمان وجودی به طور معناداری نمره کلی پیروی از درمان و مؤلفه‌های آن شامل اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق درمان با زندگی، تلفیق درمان با زندگی و تعهد به درمان را در مرحله پس‌آزمون افزایش داد و این افزایش تا مرحله پیگیری سه‌ماهه پایدار ماند. به عبارت دیگر، بیمارانی که تحت مداخله درمان وجودی قرار گرفتند، انگیزه و پایبندی بیشتری نسبت به گروه کنترل نشان دادند و این بهبودی در طول زمان حفظ شد. این یافته از نظر بالینی حائز اهمیت است، زیرا نشان می‌دهد درمان وجودی می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در افزایش انگیزه درونی بیماران برای پایبندی به رژیم‌های درمانی پیچیده در کنار درمان‌های پزشکی عمل کند. به نظر می‌رسد که درمان وجودی با تمرکز بر مواجهه با اضطراب‌های بنیادین (مرگ، تنهایی و بی‌معنایی) و ایجاد معنا در رنج، به بیماران کمک می‌کند تا با وجود درد مزمن و چالش‌های روانی ناشی از سرطان، به مسیر درمانی خود متعهد باقی بمانند. یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی درمان وجودی بر پیروی از درمان با نتایج مطالعات پیشین همسویی قابل‌توجهی دارد. جلال‌پور و صفرزاده (۱۴۰۳) (۱۵) نشان دادند که درمان شناختی-هستی‌نگر بر کاهش درد روانی و خستگی ناشی از سرطان در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است که با یافته‌های ما در زمینه افزایش توانایی تطابق درمان با زندگی همخوانی دارد. همچنین، الای-پاچول (Aiello-Puchol) و همکاران (۲۰۲۵) (۱۶) در مرور نظامند خود نشان دادند که معنادرمانی علائم افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه را در زنان مبتلا به سرطان پستان کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد که با افزایش مؤلفه‌های تعهد به درمان و تمایل به مشارکت در درمان در پژوهش حاضر همسو است.

از منظر مبانی نظری درمان وجودی، اثربخشی این رویکرد بر پیروی از درمان را می‌توان بر اساس چهار دغدغه بنیادین یالوم (۲۰) تبیین کرد: مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در گروه درمان وجودی، مؤلفه‌های «تمایل به مشارکت در درمان»، «توانایی تطابق درمان با زندگی» و «تلفیق درمان با زندگی» در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش معناداری یافته‌اند. این یافته نشان می‌دهد که درمان وجودی با تأکید بر مفاهیمی مانند اصالت، مسئولیت‌پذیری و خلق معنا (۲۱)، توانسته است به بیماران کمک کند تا درمان را نه به عنوان یک تحمیل خارجی، بلکه به عنوان بخشی از هویت جدید خود بپذیرند. در پروتکل درمان وجودی استفاده شده در پژوهش حاضر جلسات به طور ساختاریافته به مواجهه با اضطراب‌های بنیادین اختصاص دارد. در جلسه دوم، فن «من چه کسی هستم؟» به بیماران کمک می‌کند تا به کاوش در هویت خود بپردازند. جلسه سوم با تشریح مفهوم خودآگاهی و توجه به نقاط ضعف و قوت، سطح خودآگاهی اعضا را افزایش می‌دهد. جلسه چهارم به آموزش مواجهه با چهار دلواپسی مهم در روانشناسی وجودی (مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی) اختصاص دارد. در جلسه پنجم، فن «مواجهه تجسمی با مرگ» به کار گرفته می‌شود که طی آن اعضای گروه به طور مستقیم و عمیق با متناهی بودن زندگی خود روبه‌رو می‌شوند (۱۶). این مواجهه شجاعانه، برخلاف رویکردهای اجتنابی، به بیماران کمک می‌کند تا «اصرار» بیشتری برای استفاده از زمان باقی‌مانده خود پیدا کنند. یک بیمار که با مرگ

خود مواجه شده است، انگیزه درونی و پایداری برای ادامه درمان پیدا می‌کند، زیرا درمان را نه به عنوان یک رنج بی‌حاصل، بلکه به عنوان فرصتی برای زندگی بیشتر و معنادارتر درک می‌کند. جلسه ششم به بحث درباره تنهایی و بررسی پاسخ اعضا به سؤالات «آیا من انسان تنهایی هستم؟»، «آیا تنهایی رنج‌آور است؟» و «با این نوع تنهایی چه باید کرد؟» اختصاص دارد. این بحث گروهی به بیماران کمک می‌کند تا دریابند در رنج خود تنها نیستند و دیگران نیز تجارب مشابهی دارند. این حس هم‌بودی، منبع قدرتمندی برای «تلفیق درمان با زندگی» فراهم می‌کند. بیمارانی که احساس می‌کنند در گروه درک و حمایت می‌شوند، بیشتر احتمال دارد که راهکارهای عملی برای هماهنگ کردن الزامات درمانی با مسئولیت‌های کاری و خانوادگی خود از دیگر اعضا بیاموزند (۲۴). جلسه هفتم به بررسی راهکارهای معنا بخشیدن به زندگی و یافتن معنا در رنج اختصاص دارد (۶). بیمارانی که برای رنج خود معنا پیدا می‌کنند، انگیزه بیشتری برای ادامه مسیر درمان نشان می‌دهند. در نهایت جلسه هشتم به بحث درباره آزادی و مسئولیت و تصحیح باورهای غلط مانند طالع نحس و تقدیر منفی می‌پردازد (۲۳). برخلاف رویکردهایی که بیمار را قربانی بیماری می‌بینند، درمان وجودی بر این باور است که فرد در قبال نگرش خود نسبت به بیماری و انتخاب‌هایش در مواجهه با محدودیت‌ها، مسئول است (۱۱). این پذیرش مسئولیت، به طور مستقیم با «تلفیق درمان با زندگی» مرتبط است. بنابراین ساختار پروتکل درمان وجودی با گنجاندن جلسات تخصصی مواجهه با مرگ، تنهایی و جستجوی معنا، توانسته است در مؤلفه‌های «اصرار به درمان» و «تلفیق درمان با زندگی» اثربخشی بیشتری نشان دهد.

سومین تبیین برای اثربخشی درمان وجودی بر پیروی از درمان، به ماهیت گروهی این مداخله و فرایندهای «حمایت گروهی» و «یکپارچگی درونی» باز می‌گردد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در گروه درمان وجودی، تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در متغیر نمره کلی پیروی از درمان و مؤلفه‌های آن مشاهده نشد که حاکی از پایداری اثر درمان در طول زمان است. این یافته از نظر بالینی بسیار حائز اهمیت است، زیرا نشان می‌دهد تغییرات ایجادشده توسط درمان وجودی نه موقتی و زودگذر، بلکه پایدار و ماندگار هستند. تبیین این ثبات اثر را می‌توان در عمق تحولات ایجادشده توسط رویکرد وجودی جستجو کرد. بر خلاف مداخلات سطحی که صرفاً به تغییر رفتارهای بیرونی می‌پردازند، درمان وجودی در سطح بنیادین‌تری عمل می‌کند و به بازسازی نظام معنایی و ارزشی بیمار می‌پردازد (۱۸). در پروتکل درمان وجودی، جلسات گروهی به گونه‌ای طراحی شده‌اند که اعضا فرصت پیدا می‌کنند عمیق‌ترین ترس‌ها و نگرانی‌های وجودی خود را با افرادی که تجارب مشابهی دارند به اشتراک بگذارند. این فرایند اشتراک‌گذاری دو کارکرد مهم دارد. نخست اینکه به بیماران کمک می‌کند تا دریابند در تنهایی و رنج خود منحصر به فرد نیستند و دیگران نیز تجارب مشابهی را پشت سر می‌گذارند. در جلسه ششم پروتکل (۱۳)، بحث مستقیم درباره تنهایی و بررسی پاسخ اعضا به سؤالات وجودی، این حس «هم‌بودی» را به طور مستقیم تسهیل می‌کند. دوم اینکه به اشتراک‌گذاری تجربه وجودی، فرصتی برای الگوبرداری از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر فراهم می‌کند. در جلسه هفتم، بررسی راهکارهای معنا بخشیدن به زندگی و یافتن معنا در رنج، به بیماران نشان می‌دهد چگونه دیگران توانسته‌اند با اضطراب مرگ کنار بیایند یا برای رنج خود معنا بیابند (۲۲). این فرایندها در کنار هم، احساس خودکارآمدی را افزایش می‌دهند. بیمارانی که می‌بینند دیگر اعضای گروه توانسته‌اند با اضطراب مرگ کنار بیایند، احساس می‌کنند آن‌ها نیز قادر به انجام این کار هستند. این افزایش خودکارآمدی، انگیزه آن‌ها را برای ادامه مسیر درمان تقویت می‌کند.

در خصوص متغیر همدلی خود، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان وجودی به طور معناداری نمرات همدلی خود را در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن افزایش داده است و این افزایش در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار باقی ماند. به عبارت دیگر، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل توانستند نگرش مهربانانه‌تر، غیرقضاوتی‌تر و پذیرنده‌تری نسبت به خود در مواجهه با رنج‌های ناشی از بیماری و درمان پیدا کنند (۱۱). از منظر بالینی، این یافته بسیار

حائز اهمیت است، زیرا همدلی خود به عنوان یک عامل محافظتی در برابر پریشانی روان‌شناختی شناخته می‌شود و می‌تواند به بیماران کمک کند تا با خودانتقادی کمتر و شفقت بیشتر، چالش‌های ناشی از سرطان را تحمل کنند (۱۴). به نظر می‌رسد درمان وجودی با تأکید بر مفاهیمی مانند اصالت، مسئولیت‌پذیری و خلق معنا، توانسته است به بیماران کمک کند تا خود را با تمام جنبه‌های وجودی‌شان (نقاط قوت و ضعف) بپذیرند و به یکپارچگی درونی دست یابند که این امر به طور مستقیم با افزایش همدلی خود مرتبط است (۱۸).

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه افزایش همدلی خود با نتایج مطالعات پیشین همسو است. در پژوهشی توسط جلال‌پور و صفرزاده (۱۴۰۳) (۱۵)، درمان شناختی-هستی‌نگر بر کاهش درد روانی و خستگی ناشی از سرطان در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بود که با افزایش همدلی خود در پژوهش حاضر همخوانی دارد، زیرا همدلی خود می‌تواند به عنوان مکانیزمی برای کاهش پریشانی روان‌شناختی عمل کند. همچنین، الای-پاچول (Aiello-Puchol) و همکاران (۲۰۲۵) (۱۶) در مرور نظامند خود نشان دادند که معنادرمانی کیفیت زندگی و رشد پس از سانحه را در بیماران مبتلا به سرطان پستان بهبود می‌بخشد که با یافته‌های ما در زمینه افزایش همدلی خود که خود عاملی برای رشد و سازگاری روان‌شناختی است، همسو می‌باشد. درمان وجودی از طریق سازوکارهای نظری مشخصی به افزایش همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن کمک کرده است. بر اساس مبانی نظری یالوم، درمان وجودی بر چهار دغدغه بنیادین یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی متمرکز است (۲۲). در پروتکل استفاده شده در پژوهش حاضر، جلسات به گونه‌ای طراحی شده‌اند که اعضای گروه به تدریج با این اضطراب‌های وجودی مواجه می‌شوند. در جلسه سوم، با تشریح مفهوم خودآگاهی و توجه به نقاط ضعف و قوت، سطح خودآگاهی اعضا افزایش می‌یابد که این امر پایه‌های همدلی با خود را استحکام می‌بخشد، زیرا فرد ابتدا باید خود را بشناسد تا بتواند با خود همدلی کند. در جلسه پنجم، فن «مواجهه تجسمی با مرگ» به کار گرفته می‌شود که طی آن اعضای گروه به طور مستقیم و عمیق با متناهی بودن زندگی خود روبه‌رو می‌شوند. این مواجهه شجاعانه، برخلاف رویکردهای اجتنابی، به بیماران کمک می‌کند تا خود را با تمام جنبه‌های وجودی‌شان از جمله آسیب‌پذیری و محدودیت‌ها بپذیرند و نگرش مهربانانه‌تری نسبت به خود پیدا کنند. جلسه ششم به بحث درباره تنهایی اختصاص دارد و اعضا به سؤالاتی مانند «آیا من انسان تنهایی هستم؟» و «با این نوع تنهایی چه باید کرد؟» پاسخ می‌دهند. این بحث گروهی به بیماران کمک می‌کند تا دریابند در رنج خود تنها نیستند و دیگران نیز تجارب مشابهی دارند؛ این حس هم‌بودی، پذیرش خود را تسهیل می‌کند. جلسه هفتم به بررسی راهکارهای معنا بخشیدن به زندگی و یافتن معنا در رنج اختصاص دارد. بیمارانی که برای رنج خود معنا پیدا می‌کنند، می‌توانند با دیدگاه مهربانانه‌تری به خود بنگرند و خود را به جای یک قربانی، به عنوان موجودی مقاوم و معناجو بپذیرند. در نهایت جلسه هشتم به بحث درباره آزادی و مسئولیت می‌پردازد و بر این باور تأکید دارد که فرد در قبال نگرش خود نسبت به بیماری و انتخاب‌هایش مسئول است. این پذیرش مسئولیت، به طور مستقیم با افزایش همدلی خود مرتبط است، زیرا فرد می‌آموزد که خود را به عنوان عامل و آفریننده زندگی خویش بپذیرد و با خود به مهربانی و شفقت رفتار کند. به این ترتیب، درمان وجودی با تلفیق فرایندهای خودآگاهی، مواجهه با مرگ و تنهایی، جستجوی معنا و پذیرش مسئولیت، بستر مناسبی را برای تحول در رابطه بیمار با خود و افزایش همدلی خود فراهم می‌کند (۱۲).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان وجودی مداخله‌ای مؤثر و پایدار در بهبود پیروی از درمان و افزایش همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن است. این یافته‌ها بر نقش کلیدی مواجهه با اضطراب‌های بنیادین (مرگ، تنهایی و بی‌معنایی) و ایجاد معنا در رنج در سازگاری با بیماری‌های مزمن تأکید می‌کند. از منظر بالینی، نتایج این پژوهش

پیامدهای مهمی برای درمانگران و متخصصان حوزه سلامت روان دارد. پیشنهاد می‌شود که درمان وجودی به عنوان یک رویکرد مکمل در کنار درمان‌های پزشکی رایج برای بیماران مبتلا به سرطان پستان به کار گرفته شود، به ویژه برای آن دسته از بیمارانی که با بحران‌های معنایی، ترس از مرگ و احساس تنهایی وجودی دست و پنجه نرم می‌کنند. با توجه به پایداری اثر مداخله در مرحله پیگیری سه‌ماهه، به نظر می‌رسد درمان وجودی بتواند تغییرات مثبت پایدار در نگرش و رفتار بیماران ایجاد کند. در نهایت، انجام پژوهش‌های بیشتر با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و استفاده از شاخص‌های عینی پیروی از درمان برای تأکید بر این یافته‌ها توصیه می‌شود.

محدودیت‌ها

پژوهش حاضر با چندین محدودیت روش‌شناختی مواجه بود. اول، روش نمونه‌گیری هدفمند از یک مرکز درمانی واحد (بیمارستان امید مشهد)، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به کل جمعیت زنان مبتلا به سرطان پستان با درد مزمن در ایران محدود می‌کند. دوم، دوره پیگیری سه‌ماهه اگرچه برای بررسی پایداری اولیه اثر کافی است، اما قادر به ارزیابی ماندگاری طولانی‌مدت تغییرات در پیروی از درمان (به عنوان مثال، پس از گذشت یک سال) نمی‌باشد؛ سوم، عدم امکان کورسازی شرکت‌کنندگان و درمانگران به دلیل ماهیت مداخلات روان‌شناختی (که انتظار درمان و سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد) و نیز عدم کورسازی ارزیابان نتایج، می‌تواند منجر به سوگیری تشخیصی شده باشد؛ چهارم، استفاده صرف از ابزار خودگزارشی (پرسشنامه پیروی از درمان و همدلی خود) بدون بهره‌گیری همزمان از شاخص‌های عینی (مانند بررسی سوابق دارویی، شمارش قرص‌های باقیمانده، یا اندازه‌گیری سطح سرمی داروها) اعتبار یافته‌ها را تحت تأثیر قرار داده است.

پیشنهادات

در مجموع، باتوجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می شود که، پژوهش‌هایی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای از چندین مرکز درمانی در شهرهای مختلف ایران برای افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها انجام شود. طراحی کارآزمایی‌های بالینی با دوره پیگیری طولانی‌تر (حداقل ۱۲ ماه) برای ارزیابی پایداری طولانی‌مدت اثربخشی درمان وجودی ضروری است. انجام طرح‌های پژوهشی با کورسازی ارزیابان نتایج می‌تواند سوگیری تشخیصی را کاهش دهد. پژوهش‌های آتی باید علاوه بر ابزارهای خودگزارشی، از شاخص‌های عینی پیروی از درمان مانند ثبت الکترونیک مصرف دارو، اندازه‌گیری سطح دارو در خون، یا بررسی سوابق داروخانه‌ای استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.CTB.REC.1404.213 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است. تمامی مراحل پژوهش با رعایت موازین اخلاقی از جمله رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس ماندن شرکت کننده‌ها، حق انصراف از پژوهش در هر مرحله و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفت.

حامی مالی

این تحقیق هیچ بودجه‌ای دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌پردازی، فاطمه علیجانی؛ روش‌شناسی، پریسا شاهرخی‌فرد؛ تحلیل داده‌ها، فاطمه علیجانی؛ انجام پژوهش، وحیده باباخانی؛ گردآوری و مدیریت داده‌ها، فاطمه علیجانی؛ نگارش پیش‌نویس اولیه، فاطمه علیجانی؛ نظارت، اصغر جعفری؛ مدیریت پروژه، فاطمه علیجانی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسنده، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان که صبورانه در این پژوهش یاری رساندند و همچنین از مسئولان بیمارستان امید شهر مشهد که امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، سپاسگزاری می‌شود. این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی می‌باشد.

References

1. Manirakiza AVC, Mutesa L, Mathew CG, Olopade OI. Breast Cancer: Genetic Risk Assessment, Diagnostics, and Therapeutics in African Populations. Annu Rev Genomics Hum Genet. 2025;26(1):245-259. doi: 10.1146/annurev-genom-111522-013953
2. Penberthy JK, Stewart AL, Centeno CF, Penberthy DR. Psychological Aspects of Breast Cancer. Psychiatr Clin North Am. 2023;46(3):551-570. doi: 10.1016/j.psc.2023.04.010
3. Biswas A, Weitzner AS, Zhu L, et al. Characterization of post-mastectomy pain syndrome in breast cancer patients undergoing subsequent reconstruction: A scoping review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2025;107:73-84. doi: 10.1016/j.bjps.2025.06.001
4. Hartup S, Briggs M. Managing chronic pain after breast cancer treatments: are web-based interventions the future? Curr Opin Support Palliat Care. 2024;18(1):47-54. doi: 10.1097/SPC.0000000000000691
5. Wang K, Yee C, Tam S, et al. Prevalence of pain in patients with breast cancer post-treatment: A systematic review. Breast. 2018;42:113-127. doi: 10.1016/j.breast.2018.08.105
6. Hamood R, Hamood H, Merhasin I, Keinan-Boker L. Chronic pain and other symptoms among breast cancer survivors: prevalence, predictors, and effects on quality of life. Breast Cancer Res Treat. 2018;167(1):157-169. doi: 10.1007/s10549-017-4485-0
7. Peddie N, Agnew S, Crawford M, Dixon D, MacPherson I, Fleming L. The impact of medication side effects on adherence and persistence to hormone therapy in breast cancer survivors: A qualitative systematic review and thematic synthesis. Breast. 2021;58:147-159. doi: 10.1016/j.breast.2021.05.005
8. Yussof I, Mohd Tahir NA, Hatah E, Mohamed Shah N. Factors influencing five-year adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients: A systematic review. Breast. 2022;62:22-35. doi: 10.1016/j.breast.2022.01.012
9. Eliassen FM, Blåfjelldal V, Helland T, et al. Importance of endocrine treatment adherence and persistence in breast cancer survivorship: a systematic review. BMC Cancer. 2023;23(1):625. doi: 10.1186/s12885-023-11122-8
10. Tummarakota S, Zhang L, Mwita C, Mwaiselag J, Soliman AS. Factors Associated With Breast Cancer Treatment Adherence in Tanzania. JCO Glob Oncol. 2026;12:e2500182. doi: 10.1200/GO-25-00182
11. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors-an (updated) overview of systematic reviews. Syst Rev. 2019;8(1):112. doi: 10.1186/s13643-019-1014-8
12. Jang MK, Kim S, Park CG, et al. Barriers to Surveillance Mammography Adherence in Korean Breast Cancer Survivors. Oncol Nurs Forum. 2024;51(6):E37-E49. doi: 10.1188/24.ONF.E37-E49

13. Lai HL, Chen CI, Lu CY, Huang CY. Cognitive Behavioral Therapy plus Coping Management for Depression and Anxiety on Improving Sleep Quality and Health for Patients with Breast Cancer. Brain Sci. 2021;11(12):1614. doi: 10.3390/brainsci11121614
14. Daneshnia F, Davoudi H, Taghvaei D, Heydari H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress and sleep problems in women with breast cancer. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2020;63(6):3066-3077. doi: 10.22038/mjms.2020.17773
15. Jalalpour F, Safarzadeh S. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Existential Therapy on the Psychological Flexibility of Women with Breast Cancer. ijbd 2025; 17 (4) :151-170. (In Persian). doi: 10.61186/ijbd.17.4.151
16. Aiello-Puchol A, García-Alandete J. A systematic review on the effects of logotherapy and meaning-centered therapy on psychological and existential symptoms in women with breast and gynecological cancer. Support Care Cancer. 2025;33(6):465. doi: 10.1007/s00520-025-09519-1
17. Fardi D, Lotfi Kashani F. Spiritual therapy and breast cancer: a scoping review of the Persian biomedical literature. Payesh. 2023;22(4):423-432. (In Persian). doi: 10.61186/payesh.22.4.423
18. Solaymani A, Shariatnia K, Akbari H. Comparing the Effects of Cognitive Hypnotherapy and Spiritual Therapy on Death Anxiety in Women With Breast Cancer. J Prevent Med. 2022;9(3):280-291. (In Persian) doi: 10.32598/JPM.9.3.575.2
19. Chow SC, Shao J, Wang H, Lokhnygina Y. Sample size calculations in clinical research. 3rd ed. New York: Chapman and Hall/CRC; 2017. doi: 10.1201/9781315183084
20. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. Pain. 1992;50(2):133-149. doi: 10.1016/0304-3959(92)90154-4
21. Seyed Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. Soc Determ Health. 2018;20(2):179-191. (In Persian). doi: 10.1111/ejn.70024
22. Manavipour D, Shahabi P, Pirkhaefi A. The psychometric properties of the questionnaire self-empathy. Social Cognition. 2020;9(2):173-82. (In Persian). doi: 10.30473/sc.2021.55706.2614
23. Galiana L, Sansó N, Muñoz-Martínez I, Vidal-Blanco G, Oliver A, Larkin PJ. Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Mediating Role of Self-Compassion in the Prediction of Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Burnout and Wellbeing. J Pain Symptom Manage. 2022;63(1):112-123. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.07.004
24. Carroll CP, Brandow AM. Chronic Pain: Prevalence and Management. Hematol Oncol Clin North Am. 2022;36(6):1151-1165. doi: 10.1016/j.hoc.2022.06.009.